Rok XXXIV. Kraków 2. Lutego 1895 r. Nr. 5.

Redakcya:
[illegible]
Telefonu Nr. [illegible]

Administracya:
Zakład Fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości 1½ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmuje:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, [illegible] w Warszawie księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, [illegible]

Rękopisy
nie zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
[illegible]

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym.

Podał

Doc. Dr. A. Zarewicz,

prymaryusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Sądzę, że pożytecznem będzie przytoczyć tutaj przypadek, który we własnej praktyce obserwowałem a który stanowczo dowodzi, że wrzód stwardniały nie zawsze sprowadza zakażenie ogólne.

Przypadek ten przytaczam w streszczeniu jako wyjątek z dokładnych moich zapisków:

W roku 1886. w czasie między 25. Maja a drugą połową Lipca spółkowało z chorą T. K. sześciu mężczyzn. U wszystkich tych panów, po dłuższym lub krótszym okresie wylęgania, wystąpiły wrzody stwardniałe na prąciu, u wszystkich z wyjątkiem jednego, wystąpiły one licznie (od dwu do trzech wrzodów). U pięciu z nich wystąpiły po drugim okresie wylęgania, który najkrócej trwał 33 a najdłużej 40 dni, zmiany ogólne pod postacią plam lub guzków. U niektórych zmiany ogólne poprzedzały bóle głowy, wypadanie włosów i ogólne osłabienie; w jednym przypadku wystąpienie guzków poprzedzała gorączka. Niektórzy obok zmian na skórze mieli nieznaczne kłykciny sączące w jamie ustnej. Stopień odżywienia chorych był rozmaitym: przytoczyć należy, że gorzej odżywieni chorzy, z przypadami lekkiej niedokrewności, okazywali cięższe nasilenie zmian niż dobrze odżywieni. Wrzody stwardniałe u wszystkich bez wyjątku leczono miejscowo, rtęci wewnętrznie nie podawano; natomiast wielki nacisk kładziono tam, gdzie tego było potrzeba, na poprawę ogólnego odżywienia przez podawanie odpowiednich środków.

Chora, z którą spółkowało tych sześć ofiar kiły, była 18-letnia blondynka T. K., z zawodu szwaczka, która w dniu przyjęcia jej do mojego oddziału, t. j. w dniu 7. Sierpnia 1886. roku do l. pr. 1093. okazywała prócz wybitnego powiększenia gruczołów karkowych prawych, mierne powiększenie gruczołów barkowych i pachwinowych. Na jej prawym migdałku znachodziła się była jedna kłykcina sącząca a na wargach wstydliwych mniejszych liczne kłykciny sączące, pod postacią ściśle ograniczonych nacieklych ekskoryacyj, skąpą wypociną pokrytych. Prócz tego znachodziło się zajęcie ścięgna mięśnia szerokiego prawego (*m. vastus externus dexter*). Z wywiadów nie można się było nic pewnego dowiedzieć o początku choroby, jej przebiegu i dotychczasowem leczeniu. Chora podała jednak, zapewne nie przywiązując do tego szczegółu większej wagi, iż w miesiącu Marcu tegoż roku porodziła dziecko, które w 5 tygodniu życia umarło.

Przebieg choroby u szóstego z owej spółki pacyenta, na którym nam najwięcej zależy, był następujący:

Pan X., lat 24 liczący, słuchacz V-go roku wydziału lekarskiego, zbudowany i odżywiony nieźle, był cery bladej, zdradzającej lekki stopień niedokrewności. Nie był dziedzicznie pod żadnym względem obciążony. W dniu 29. Lipca 1886. okazywał on trzy wrzody stwardniałe, które przed niespełna czterema tygodniami pojawiły się po spółkowaniu z wyżej wymienioną T. K. Jakkolwiek chory czasu wylęgania się wrzodu dokładnie oznaczyć nie może, twierdzi jednakowoż, że był on dość długim. Z wrzodów stwardniałych jeden usadowiony był w rowku zażołędziowym, drugi na wędzidełku a trzeci na około ujścia cewki moczowej, przechodząc na rowek czółenkowaty. Wrzody miały wszystkie cechy wrzodów stwardniałych, występujących pod postacią ekskoryacyi o podstawie stwardniałej tak, że uwzględniając jeszcze charakterystyczne powiększenie gruczołów pachwinowych lewych, rozpoznanie co do natury wrzodów nie ulegałoby nawet wtedy najmniejszej wątpliwości, gdyby źródło choroby nie było wiadomem.

Zalecono tylko leczenie miejscowe jak przylepiec rtęciowy i odpowiednie zachowanie się.

Wrzody w Sierpniu po dwutygodniowem leczeniu zagoiły się, pozostawiwszy po sobie stwardniałości. W tym czasie polecono choremu zażywanie wewnętrzne jodku potasu po 1 grm. dziennie. W połowie Września ustąpiły stwardniałości a gruczoły pachwinowe zmniejszyły się znacznie. Jodek potasu usunięto. W początkach Listopada gruczoły pachwinowe były zaledwo wymacalne, natomiast powiększył się gruczoł karkowy prawy.

Od początku mojej obserwacyi chory był przeze mnie za każdym razem szczegółowo badany co do zmian ogólnych. Oglądanie to odbywało się co trzy do czterech dni a zbytecznem jest chyba dodawać, że prócz tego sam chory,

jako medyk, świadomy doniosłości choroby, trwożliwie codziennie poszukiwał zmian kiłowych.

Wynik badania był ten, że do dnia 18. Października 1887. roku, do którego czasu chory pozostawał w Krakowie, nie było żadnych zmian następowych. Gruczoły w tym czasie nie były już powiększone.

Odtąd pilną kontrolę nad sobą objął sam chory a według jego zapewnień zmian żadnych nie dostrzegł.

W roku 1889. w dniu 24. Kwietnia miałem sam sposobność badać kolegę a wtedy nie znalazłem nic, coby mnie na przebytą a tem mniej na istniejącą kiłę naprowadzić mogło było. Zresztą kolega uroczyście zapewniał mnie, że przez cały ten czas, mimo najskrupulatniejszego badania się, nigdy nawet najlżejszych zmian kiłowych nie dostrzegł; przeoczenie stanowczo wykluczył.

Skoro w przytoczonym przypadku rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości, zwłaszcza, że źródło infekcyi było nam znane a nadto towarzysze niedoli ulegli niewątpliwie kile, gdy mimo tego przy bardzo ścisłej obserwacyi chorego nie przyszło do zmian następowych, twierdzić muszę, że w moim przypadku, równie jak w powyżej przytoczonych **w r z ó d s t w a r d n i a ł y n i e s p r o w a d z i ł z a k a ż e n i a o g ó l n e g o.** Czy w takich razach uważać należy chorego już na zawsze za wolnego od zakażenia kiłowego, czy inaczej mówiąc, nie wystąpią u niego kiedyś objawy kiły późnej? na to pytanie, zdaje mi się, trudno jest dzisiaj coś stanowczego odpowiedzieć; obecnie jednak twierdzić należy, że **w r z ó d s t w a r d n i a ł y n i e m u s i w k a ż d y m p r z y p a d k u s p r o w a d z i ć z a k a ż e n i a o g ó l n e g o.** Dowodzi to tylko, że teren, na którym zarazek syfilityczny ma się przyjąć i rozmnażać, wymaga dla swego rozwoju sprzyjających okoliczności!

Jeżeli w niniejszej pracy odwołałem się na przypadki zabezpieczenia *(immunitas)* od jadu kiłowego pewnych osób, lub też na przypadki, w których zmiany następowe pojawiały się bez poprzedniego wrzodu pierwotnego *(syphilis d'emblée)*, uczyniłem to dlatego, ażeby módz wykazać, iż zachowanie się jadu kiłowego wobec organizmu ludzkiego może być rozmaitem i że tem samem przypuścić należy, że przyjęcie się jego w miejscu złożenia zarazka zawisłem być musi od okoliczności jego rozwojowi sprzyjających. Natomiast te przypadki, w których po wrzodzie stwardniałym nie przyszło do ogólnego zakażenia, jasno dowodzą, że aby mogło nastąpić ogólne zakażenie, potrzeba również sprzyjających okoliczności do jego rozmnożenia się w organizmie, że nie dosyć jest, aby jad kiłowy w miejscu, na którem został złożony, przyjął się, ale, ażeby kiła stała się ogólną, potrzeba także, by z miejsca, na którym zarazek złożonym został, dostał się on do ogólnego krążenia i tam znowu mógł wywołać zmiany, które wtedy dopiero słusznie nazwiemy ogólnemi.

Koniecznie więc przyjąć należy, że **w r z ó d s t w a r d n i a ł y n i e j e s t w y n i k i e m j u ż i s t n i e j ą c e g o z a k a ż e n i a o g ó l n e g o, l e c z, ż e o n j a k o t a k i s p r o w a d z a d o p i e r o t o z a k a ż e n i e.**

Jakiego okresu czasu potrzeba, aby jad kiłowy w sprzyjających okolicznościach rozwinął swoje następstwa, o tem trudno jest nam coś stanowczego powiedzieć; opierając się jednak na codziennem doświadczeniu, twierdzić musimy, że lubo w przeważającej liczbie przypadków rozpowszechnienie tego jadu w organizmie odbywa się bardzo wcześnie, nie można znowu zaprzeczyć, że znachodzą się niekiedy okoliczności, które przemawiają zatem, iż w pewnych razach następuje albo opóźnienie wessania tego jadu, czyli że wrzód stwardniały przez dłuższy niż zwykle czas jest jeszcze chorobą miejscową, albo też, co nader rzadko się wydarza, **p o z o s t a j e o n c h o r o b ą m i e j s c o w ą.**

Za ostatnią ewentualnością przemawiają te przypadki, w których, jak to wyżej wspomniałem, po wrzodzie pierwotnym nie wystąpiły zmiany następowe, za pierwszą zaś możebnością przemawiają przypadki, w których po doszczętnem zniszczeniu wrzodu, organizm albo uwolnił się od zakażenia ogólnego, albo też co bez mała, jak to wykazałem w pracy swojej: **P r z y c z y n e k d o k a z u i s t y k i w y c i n a n i a w r z o d u s t w a r d n i a ł e g o** *(Przegląd lekarski* 1885.), zawsze się dzieje, że zmiany następowe pojawiają się bardzo łagodnie a cały przebieg choroby przedstawia się o wiele korzystniej aniżeli tam, gdzie wrzód stwardniały pozostawiono jego własnemu biegowi. Jeżeli zatem wrzód pierwotny, chociażby tylko do pewnego czasu, może być jeszcze chorobą miejscową, to nic dziwnego, że **m o ż e o n b y ć z e s k u t k i e m n a t e j s a m e j o s o b i e p r z e s z c z e p i o n y m!**

Że tak jest, wymownie tego dowodzą dwa moje przypadki, niemniej inne, przez rozmaitych autorów dostarczone spostrzeżenia.

W ten sposób zapatrując się na znaczenie wrzodu pierwotnego, mamy przed sobą jasno wytkniętą drogą co do swego postępowania lekarskiego.

W każdym zatem przypadku wrzodu stwardniałego, przed wystąpieniem zmian ogólnych, jeżeli tylko sama miejscowość na to pozwala, starać się należy wrzód pierwotny zniszczyć jak najrychlej i jak najdoszczętniej a jedynym do tego celu prowadzącym zabiegiem jest wycięcie wrzodu. Wycinając wrzód, pamiętać jednak należy, że zmiany wywołane przez zarazek kiłowy nieograniczają się tylko do samej stwardniałości, ale odnogi swoje zapuszczają daleko w otaczającą go na pozór zdrową tkankę. Wycięcie zatem powinno obejmować znaczną przestrzeń okalającej go tkanki a im wcześniej ono wykonanem będzie, tem pewniej spodziewać się można dobrych wyników, gdyż przez to tem skuteczniej zapobiegamy dalszemu szerzeniu się jadu kiłowego!

II. Ze szpitala powszechnego w Żywcu.

Wynicowanie kiszki stolcowej na tle kamicy pęcherzowej.

Podał

Dr. W i k t o r I d z i ń s k i,

lekarz ord. tego szpitala.

Dnia 12. Listopada 1894 r. przyniosła góralka ze Sopotni Wielkiej syna swego pięcioletniego, Karola J. do tutejszego szpitala z podaniem, że syn ten cierpi już od roku na wypadanie kiszki stolcowej a w ostatnich czasach cierpienie to tak się pogorszyło, że kiszka tylko z trudnością daje się odprowadzić a dziecko dzień i noc płacze, zwłaszcza, że ma ustawiczne parcie tak na stolec jak i na mocz. Z wywiadów dowiedziałem się, że dziecko było zawsze zdrowe aż do 4-go roku życia, t. j. do roku zeszłego, w którym to czasie zaczęło się skarżyć na ból w brzuchu, przyczem idąc często

na stronę mało oddawało kału, natomiast prąc silnie, wydymało sobie coraz bardziej kiszkę stolcową. Czy dziecko przebyło czerwonkę, nie da się na pewno oznaczyć; matka podaje wprawdzie, że dziecku szła często krew z kiszki stolcowej, jednak mogło to być następstwem owrzodzeń na kiszce, zdarzających się w jej wynicowaniu. To jednak pewna, że w początkach choroby nikt ani w domu ani we wsi na czerwonkę nie chorował. Wypytywana matka o szczegóły odnoszące się do przewlekłego nieżytu kiszkowego, podaje, że dziecko miało i ma ciągłe rozwolnienie, połączone z wydzielaniem się śluzu z kiszki wypadającej.

Badanie dziecka wykazało, że przedewszystkiem nie ma żadnej dyskrazyi a więc ani zołzów ani śladów przebytej krzywicy. Dziecko jest wzrostu odpowiedniego wiekowi, dosyć dobrze odżywione. Na głowie i twarzy nie ma żadnych zmian, język nie obłożony, narządy klatki piersiowej prawidłowe, brzuch lekko wklęsły, za dotykaniem niebolesny, żołądek i jelita puste. Śledziona i wątroba nie powiększone a pęcherz wypełniony na dwa palce ponad spojenie łonowe.

Z otworu stolcowego wydobywa się ciało odpowiadające wynicowanej kiszce stolcowej i kiszce esowatej, długie na 40 cm. a wygięte półkoliście. Błona śluzowa wynicowanej kiszki jest obrzękła, żywo czerwono zabarwiona, nie przedstawia jednak na powierzchni swej owrzodzeń ani też głębszych blizn po przebytej czerwonce. Dziecko ciągle płacze, nie daje się dobrze zbadać a przytem prąc ciągle oddaje co chwila to stolec zupełnie płynny, to mocz odchodzący zaledwie kilku kroplami.

Wobec powyższego wyniku badania przyjąłem chętnie dziecko do szpitala a to w tym celu, by odprowadzić wynicowane jelito a następnie utrwalić je w prawidłowem położeniu za pomocą szwów założonych na drodze laparotomijnej wśród jamy brzusznej. Operacya ta, podana pierwotnie przez Hutchinsona, bywa w ostatnich czasach chętnie stósowaną i daje z pomiędzy wszystkich innych sposobów leczenia wypadnięcia rzyci i kiszki stolcowej najlepsze wyniki, jak o tem miałem sposobność naocznie przekonać się na chorych, przedstawionych mi przez kolegę Bogdanika w szpitalu powszechnym w Białej.

Zanim przystąpiłem jednak do operacyi, postanowiłem zbadać przedtem chorego w uśpieniu chloroformem a to w tym celu, by się przekonać, o ile kiszka stolcowa daje się odprowadzić. Dziecko uśpiłem i wypadła kiszkę odprowadziłem dosyć łatwo. Podczas tej czynności, dokonanej w narkozie połowiczej uderzyło mnie jednak, że ile razy dostawało dziecko parcia, tyle razy chwytało się równocześnie za prącie i wyciągało je ku przodowi, przyczem promień moczu urywał się nagle. Prącie dziecka tego przedstawiało się przytem znacznie wydłużone, napletek był odsunięty a skórka na napletku sucha i zgrubiała tak, jak u onanistów. Ponieważ jednak u dziecka pięcioletniego nie mogłem myśleć o samogwałcie w ścisłem słowa tego znaczeniu, zacząłem przypuszczać, że przyczyna znalezionych zmian na prąciu może być dwojaka.

Przedewszystkiem mogła być ona wynikiem czysto zwrotnego zadraźnienia nerwów płciowych, jakie bardzo często spotykamy w cierpieniach kiszki stolcowej; powszechnie bowiem wiadomo, że bardzo często u chorych na guzy krwawnicowe lub też przetoki rzyciowe spotykamy się i z zatrzymaniem moczu lub też odwrotnie z parciem na mocz, zwłaszcza po operacyi krwawnic lub przetoki; albo też przyczyna mogła tkwić w cierpieniu dróg moczo-płciowych.

Celem dokładnego rozpoznania postanowiłem zbadać narząd moczo-płciowy i mocz i w tym celu wprowadziłem cewnik z twardego kauczuku do pęcherza. Zgłębnika lub też cewnika metalowego o kalibrze odpowiadającym 5-letniemu dziecku nie mam u siebie w zapasie. Wprowadzony cewnik nie mógł wykryć żadnego ciała twardego w pęcherzu a wypuszczony po badaniu mocz do osobnego naczynia był czysty, oddziaływał słabo kwaśno i nie zdradzał składników nieprawidłowych. Badania swojego jednak nie uważałem za skończone a wiedząc, że często cierpienia pęcherza nie dadzą się drogą powyższą wykryć zupełnie dokładnie, wprowadziłem palec wskazujący do rzyci i obmacałem pęcherz. Znowu nic nieprawidłowego nie wyczułem. Dopiero wprowadziwszy dwa palce do rzyci i zastósowawszy badanie dwuręczne przez rzyć i powłoki brzuszne, odkryłem w górnej, prawej części pęcherza ciało umieszczone dosyć wysoko, bo na długość trzeciego palca, ciało twarde o powierzchni nierównej, okrągławe, wielkości orzecha włoskiego, nieznacznie tylko poruszalne. Przeczuwałem kamień a chcąc się zupełnie upewnić w rozpoznaniu, wprowadziłem po raz wtóry cewnik do pęcherza, jednak pomimo pomocy ze strony palców w rzyci nie mogłem dojść cewnikiem do wysuwalnego palcem ciała i wykazać cechującego tarcia cewnika o kamień. Pomimo tego, jedynie na mocy badania ręcznego rozpoznałem kamień pęcherza umieszczony w uchyłku a przypuszczając, że wynicowanie kiszki musi być tutaj w związku z zadraźnieniem pęcherza przez kamień, postanowiłem usunąć najpierw kamień a dopiero gdyby zabieg ten był bez skutku, przystąpiłbym do leczenia wynicowania.

Zdaniem mojem, w danym przypadku zadraźnienie zwrotne nerwów przeniosło się w odwrotną, niż powyżej wspomnianą stronę, t. j. ze strony pęcherza na rzyć i kiszkę esowatą.

Operacyi dokonałem dnia 15. Listopada 1894 r. przy łaskawym udziale kolegów Józefa Szajny z Żywca i Kleina z Rayczy. Po należytem oczyszczeniu i uśpieniu chorego, odprowadziłem wynicowaną rzyć i kiszkę esowatą i włożyłem do otworu stolcowego 6 tamponów z waty, opatrzonych nitkami. Chory jednak pomimo uśpienia parł tak silnie na stolec, że tampony zaraz po założeniu wypadły a włożone na powrót musiały być podczas całej operacyi przez kolegę asystującego utrzymywane w należytem położeniu. Po wstrzyknięciu 200 gramów ciepłego kwasu borowego do pęcherza wykonałem typowe cięcie nadłonowe w linii środkowej ciała i to poniżej otrzewny. Jako uczeń prof. Rydygiera powinienem wprawdzie trzymać się podanego przez niego cięcia wśródotrzewnowego, zwłaszcza, że miałem sposobność osobiście podziwiać znakomite wyniki tej operacyi. Przyznam jednak, żem się obawiał operacyi tej, nazwanej słusznie operacyą idealną, ale idealnie wykonywaną dotychczas prawie tylko przez jej autora i wybrałem sposób mniej ryzykowny a dający przecież zadowalniające wyniki i sądzę, że właśnie ten dobry osiągnięty wynik, mogący iść na równi z operacyą wśródotrzewnową, wyjedna mi przebaczenie za odstępstwo od jego szkoły.

Po oddzieleniu pęcherza poniżej załamka otrzewny nasunąłem sobie kamyk pod środkową część pęcherza i otwarłem go cięciem podłużnem ponad wypukłością kamienia a na-

stępnie włożywszy szczypczyki do pęcherza, wydobyłem kamień wielkości orzecha włoskiego o powierzchni nierównej, kolczastej.

Zauważyć należy, że równocześnie z wydobyciem kamienia chory przestał przeć na stolec i operacya mogła się dalej odbyć bez znaczniejszych przeszkód. Założyłem sześć szwów węzełkowych podwójnych, z których pierwszy rząd nie ujmował błony śluzowej, i w ten sposób zamknąłem szczelnie pęcherz. Zostawiwszy kawałeczek gazy w dolnej części rany, zeszyłem kolejno mięśnie brzuszne i skórę. Cewnik zostawiłem w pęcherzu komornem, połączywszy go lewarowato z naczyniem wypełnionem roztworem kwasu borowego. Chorego ułożyłem na bok, tampony pozostawiłem nadal w kiszce stolcowej a wewnętrznie zadałem makowiec.

Przebieg pooperacyjny bardzo korzystny. Mocz odpływał cewnikiem bardzo dobrze; po usunięciu tamponów na drugi dzień kiszka nie wypada ani teraz ani w następnych dniach pomimo oddawania stolca. Parcia więcej nie ma. Ciepłota zawsze prawidłowa. Piątego dnia zmieniłem opatrunek a ponieważ kawałek gazy wsunięty do dolnego kąta rany nie przesiąkł moczem, wyjąłem go a przypuszczając, że cewnik może się zatkać od inkrustacyi, zmieniłem cewnik.

Dnia ósmego zaczyna odchodzić mocz obok cewnika, wobec czego usuwam cewnik zupełnie i wyjmuję szwy skórne. Odtąd oddaje chory mocz swobodnie, jakkolwiek ma trochę boleści od zadrażnienia cewki moczowej przez pozostawiony poprzednio komornem cewnik. W 14 dni po operacyi rana brzuszna zupełnie już zagojona a mocz odchodzi zupełnie prawidłowo; niema najmniejszych pozostałości po wynicowaniu jelit.

Przypadek opisany jest zdaniem mojem z wielu względów bardzo pouczający. Stanowiąc niejako dodatek do etyologii wynicowania kiszki stolcowej u dzieci, ilustruje on dokładnie, co znaczy w leczeniu pilne śledzenie pierwotnej przyczyny choroby, owo idealne dążenie do starej naszej maksymy: *cessante causa*, *cedit effectus*. Przypuśćmy, żem nie wykrywszy przyczyny wynicowania kiszki, przyszył śródotrzewnowo wypadłą kiszkę.

Gdyby chory przebył szczęśliwie operacyę, niewątpliwie nastąpiłaby musiała recydywa, któraby zrobiła ze mnie stanowczego przeciwnika tego rękoczynu, w ostatnich czasach tak zachwalanego.

Dokładne zbadanie i rozpoznanie uchroniło mnie od smutnych ewentualnie następstw a ponieważ przypadki podobne jak ten zdarzają się dość rzadko, sądziłem, że nie będzie zbytecznem może zwrócić nań uwagę.

Nie mam do dyspozycyi odpowiedniej literatury i nie wiem, o ile zwracano w ogóle dotąd uwagę na związek tych dwóch cierpień, t. j. wynicowania rzyci i kamienia w pęcherzu ze sobą, sądzę jednak, że właśnie to pilniejsze śledzenie związku tego zmniejszyłoby może znacznie nieświetne, jak dotąd, wyniki leczenia wynicowania rzyci i ośmielam się wypowiedzieć zdanie, że w każdym przypadku choroby tej należałoby zwrócić baczną uwagę na pęcherz.

Żywiec dnia 28. Listopada 1894.

III. Oceny i sprawozdania.

Dyagnostyka kliniczna chorób wewnętrznych przez Docenta Dra F. Wesenera. Przełożył Dr. St. Markiewicz według wydania niemieckiego z r. 1892. Warszawa 1894 r.

Kasa imienia Dra Mianowskiego, której staraniem i kosztem ten przekład został dokonany, oddała niemałą usługę naszemu piśmiennictwu lekarskiemu, wydając drukiem to dzieło a kto zna wartość niemieckiego oryginału, ten z całą sumiennością może polecić ten przekład staranny i wierny przez Dra St. Markiewicza (chociaż z pewnymi błędami, właściwymi prasie warszawskiej, jak n. p. syfilisu, opłucni i t. p.). Rysunki, w warszawskiej pracowni Główczewskiego odbijane, bardzo dobrze świadczą o tej litografii.

Zresztą i cena nadzwyczaj przystępna, **bo tylko 2 ruble**, umożebnia niemal każdemu lekarzowi i uczniowi medycyny nabycie tego ze wszech miar pożytecznego podręcznika a nie wątpię, że się ono wkrótce rozejdzie i powiększy fundusze tak pożytecznej i zasłużonej instytucyi, jaką jest kasa Dra Mianowskiego w Warszawie. *Dr. J. Surzycki.*

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,
asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

W dwóch pozostałych przypadkach, w których krwawienie wystąpiło zaraz po operacyi, wina operatora jest znacznie prawdopodobniejszą. A przecież i tu najprawdopodobniej w czem innem należy szukać przyczyny krwawienia. W obu przypadkach krwotok był duży i groźny; krew gromadziła się wyłącznie w pęcherzu i rozciągając go, sprawiała dolegliwy ból i przykre parcie na mocz. W pierwszym przypadku, operowanym w Listopadzie 1893. mieliśmy do czynienia z przetoką bardzo rozległą. Zabieg operacyjny był trudny; zwłaszcza zakładanie szwów po bokach natrafiało na wielkie trudności techniczne. Krwawienie podczas zabiegu było mierne; nigdzie nie widzieliśmy większego naczynia przeciętego. Mieliśmy nadzieję, że po zaciągnięciu szwów krwawienie ustąpi całkowicie. Tymczasem już w godzinę po operacyi wystąpiły wyraźne objawy ostrej anemii obok parcia na mocz i bólów w podbrzuszu. Przestrzykiwanie pęcherza wodą borową zimną i worek lodowy na podbrzusze, injekcya ergotyny, wszystkie te środki zawiodły a niedokrewność rosła z każdą chwilą. W końcu doszła do takiego stopnia, że już ani chwili nie można było czekać. Chcąc wyszukać krwawiące miejsce, wyjęliśmy z trudem założone szwy, przyczem z pęcherza wypadły skrzepy świeże w ogromnej ilości. Ku wielkiemu zdziwieniu nie znaleźliśmy nigdzie większego krwawiącego naczynia a tylko krew sączyła się powoli z dużej, kolistej rany. Nie chcąc narażać pacyentki na dalszą utratę krwi, uchwyciliśmy krwawiące brzegi przetoki szczypczykami Peana. Krwawienie ustało. Po 24 godzinach usunęliśmy szczypczyki, ale jakież było nasze zdziwienie, gdy i teraz ze zgniecionej i na pozór zmortyfikowanej tkanki zaczęła się sączyć krew tak samo, jak przedtem powoli i w małej ilości. Nie pozostawało nic innego jak założenie powtórne szczypczyków, które tym razem zatrzymały już krwawienie na stałe. Wobec tego przebiegu nasuwa się przedewszystkiem przypuszczenie, że mieliśmy do czynienia z osobą skłonną w wysokim stopniu do krwawienia, u której niepozorne krwawienie miąższowe przybrało tak zastraszające rozmiary. Jest to naturalnie tylko przypuszczenie; nie chcemy stanowczo przeczyć, że mogło być inne źródło krwotoku,

n. p. skaleczenie błony śluzowej. Wobec znacznych trudności technicznych, z jakiemi połączony był zabieg, o takie skaleczenie wynicowanej błony śluzowej pęcherza nie trudno a błąd ten można było łatwo przeoczyć. Ale gdyby i tak było, zawsze nie da się zaprzeczyć, że powtórne miąższowe krwawienie po 24-godzinnym ucisku jest rzeczą niezwykłą i musi dawać do myślenia.

U drugiej pacyentki zabieg był również trudny, choć przetoka była mniejsza. Podczas zabiegu przecięto i podwiązano jakąś małą tętniczkę przy lewym końcu owalnej przetoki. Podobnie, jak w wyżej opisanym przypadku, objawy ostrej niedokrwistości, bóle i parcie wystąpiły wkrótce po operacyi. Przestrzykiwanie nie przyniosło żadnego rezultatu tak, że w końcu zmuszeni byliśmy do wyjęcia szwów. Tym razem nie znaleźliśmy jednak nie tylko większego naczynia otwartego, ale nawet krwotoku miąższowego. Odsłonięte i dobrze widzialne brzegi rany były suche. Krwawienie ustało zupełnie. Jakaż więc była jego przyczyna? Prawdopodobnie podczas okrwawiania przecięliśmy jakieś nieznaczne naczynia żylne, które wkrótce po przecięciu same przestały broczyć. Jeżeli drut srebrny był przypadkowo założony tak, że zamykał lub silnie zaciskał większy pień odpływowy tych żył, to łatwo pojąć, że po zaciągnięciu szwu mogło się z powodu utrudnienia odpływu krwi rozpocząć na nowo uporczywe krwawienie. Wtedy oczywiście samo zdjęcie szwów, t. j. usunięcie ucisku i stworzenie swobodnego odpływu krwi mogło i nawet musiało być dzielnym środkiem tamującym krwawienie. I tu jednak podobnie jak w poprzednim przypadku zastrzegamy się, że nasza hipoteza jest tylko hipotezą. Śmiało jednak powiedzieć możemy, że z wszelkiem prawdopodobieństwem w obu przypadkach a tem bardziej w pierwszym, o którym wspomnieliśmy na początku, krwawienie pojawiło się bez naszej winy, lecz w następstwie przypadkowych i niekorzystnych stosunków: w pierwszym przecięcia kruchych tkanek, w drugim usposobienia do krwawień miąższowych, w trzecim ucisku żył odpływowych.

Z dopiero co opisanych przypadków wynika, że operacya przetoki nie jest rzeczą obojętną i że krwotoki po niej występujące mogą być groźne a nawet (patrz Ziembicki l. c.) stać się przyczyną śmierci. Operując przetokę, trzeba się więc liczyć z możnością krwotoku i dlatego

1. starać się o to, żeby krwotoku nie było,
2. mieć w pogotowiu pewny sposób tamowania go.

Co się tyczy pierwszego punktu, to przedewszystkiem nie trzeba operować zbyt wcześnie po porodzie; cały sześciotygodniowy połóg a nawet i kilka miesięcy potem winno się przeczekać. Chodzi tu o zmniejszenie się tych, podczas ciąży rozszerzonych splotów żylnych, o których mówi Ziembicki a które też i zdaniem Pozziego są źródłem krwawienia. O tem wspominamy z naciskiem dlatego, by zapobiedz temu, co się często przydarza, że sami lekarze przysyłają pacyentki do operacyi przed ukończeniem się okresu połogowego.

Powtóre chcąc uniknąć krwotoku, należy podczas zabiegu wszelkie naczynia tętnicze podwiązywać a na żylne zastósować ucisk szczypczykami. Obawa przed krwawieniem nie powinna jednak wpływać na głębokość i dokładność okrwawienia. Nie potrzebujemy w końcu dodawać, że należy się bardzo skrzętnie wystrzegać skaleczenia błony śluzowej pęcherza.

Że mimo tych wszelkich ostrożności może wystąpić krwawienie, dowodem nasze przypadki; to pewna jednak, że przestrzegając tych przepisów, ma się z nimi rzadziej do czynienia.

Kwestya leczenia tych następowych krwotoków nie jest jeszcze wyjaśniona. Droga najprostsza, choć już *a priori* wstrętna, jest zdjęcie szwów, wyszukanie miejsca krwawiącego i zatamowanie krwotoku. Założenie, z którego się wtedy wychodzi, jest to: skoro po operacyi krwawi, to z rany a jeżeli tak, to trzeba ranę zobaczyć. Droga ta jest nie miła dlatego, że się nią niszczy owoc żmudnej najczęściej pracy; z pewnością z wszystkich rękoczynów, jakieśmy w tym roku wykonali, to wyjmowanie szwów zaraz po ich założeniu było najprzykszejszem.

Jeżeli inne sposoby, n. p. świeżo przez Ziembickiego proponowany, okażą się równie pewne, będą już dlatego lepsze, że nie będą odbierać nadziei zagojenia się rany pochwowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Psychiatrya.

A. Westphal: **W sprawie etyologii i symptomatologii porażenia postępowego u kobiet.**

Na 148 przypadków porażenia postępowego u kobiet postrzeganych przez autora w berlińskiej *Charité* od Lipca 1891. do Stycznia 1893. nie dało się w 59 (39·8%) wykazać żadnej przyczyny choroby. W pozostałych 89 przypadkach można uznać za przyczynę raz tylko połóg, 8 razy klimakteryum, 8 razy dziedziczność, niekorzystne stosunki socyalne i psychiczne 6 razy, alkoholizm 5 razy, uraz 2 razy a kiłę 11 razy. Prócz tego była kiła prawdopodobnie w 48 przypadkach tak, iż w 40% przypadków trzeba uważać kiłę za pewną lub prawdopodobną przynajmniej przyczynę choroby. Uwagi godną jest rzeczą, że w przypadkach, w których klimakteryum wypada uznać za przyczynę choroby, wystąpiło ono niezwykle wcześnie, co autor uważa nie za przyczynę, lecz za wczesny tylko objaw rozpoczynającej się już choroby.

Za okoliczność najwięcej usposabiającą uważa autor niekorzystne stósunki socyalne.

Co się tyczy kiły, to porażenie postępowe pojawiało się po upływie $1\frac{1}{2}$ do 23 lat od zarażenia się. Godne uwagi, że na 148 kobiet dotkniętych porażeniem postępowem nie było ani jednej kobiety publicznej, co zgadza się ze spostrzeżeniami Siemerlinga. Największa część kobiet z porażeniem postępowem, które przebyły kiłę, stanowiły osoby zamężne, z których tylko $\frac{1}{4}$ przebyła kuracyę przeciwkiłową.

Pod względem symptomatologicznym były: nierówność źrenic w 45%, brak oddziaływania w 50%, leniwe oddziaływanie w 26% a prawidłowe w 24% przypadków. Zanik nerwu wzrokowego był w 4% a porażenia mięśni ocznych w 6% przypadków.

Odruch ścięgnisty rzepkowy był w 25% utrzymany, w 22% nie było go całkiem, w 2% tylko po jednej stronie, w 2% był osłabiony a w 49% nawet powiększony.

Średni wiek chorych kobiet był między 30 a 40 laty; najstarsza pacyentka miała 66, najmłodsza 15 lat. Co się tyczy tej ostatniej chorej, wystąpiły u niej w 12. roku życia bóle kłujące w kończynach dolnych a następnie osłabienie wzroku (z jakiej przyczyny? Przyp. sprawozd. *Przeglądu lekarskiego)* na jednem oku znaczne, na drugiem utrata jego zupełna. Leczenie rtęciowe okazało się do pewnego stopnia skutecznem. W rok później bóle w kończynach dolnych odnowiły się, chód pogorszył się i wystąpiły zboczenia psychiczne. Odruchy ścięgniste rzepkowe zniknęły zupełnie. Wśród napadu padaczkowatego śmierć.

Autopsya potwierdziła rozpoznanie porażenia postępowego a na uwagę zasługuje, iż chora według własnego przyznania się oddawała się nierządowi między 8. a 12. rokiem życia i była zarażoną, tudzież, że bliscy jej krewni byli umysłowo niedołężni, matka zaś chorej w $1\frac{1}{2}$ roku po śmierci swej córki zgłosiła się do szpitala *Charité* również z porażeniem postępowem. *(Charité-Annalen.* Rok 1893).

R.

Okulistyka.

Ascher: **Przyczynek historyczny i doświadczalny do badań nad powstawaniem krótkowidzenia.**

Jakkolwiek w dawnej starożytności Arystoteles, Galen i Pliniusz zajmowali się sprawą wzroku krótkiego, to jednak wiadomości ich były pod tym względem niedostateczne i zupełnie błędne. Wprawdzie Pliniusz znał już po-

prawę wzroku krótkiego zapomocą szkieł, ale wynalazek właściwych okularów przypada dopiero na wiek dwunasty. O wiele później, bo w 1601 r. dowiódł Kepler, że obrazek przedmiotu widzianego powstaje na siatkówce a nie gdzieindziej; Boerhave zaś w r. 1746. wypowiedział zdanie, że przyczyną wzroku krótkiego jest nadmierna długość gałki ocznej i zbytnia krzywizna rogówki. Arlt (1854) pierwszy podał, że wydłużenie gałki odnosi się tylko do okolicy tylnego bieguna (*staphyloma posticum*, już przez Scarpę opisywane). Wprawdzie Guerin miał toż samo wypowiedzieć w r. 1769., lecz zdanie tego autora przebrzmiało bez zwrócenia najmniejszej na siebie uwagi.

Ścisła nauka o wadach refrakcyi powstała dopiero w czasach najnowszych, dzięki znakomitym pracom Dondersa i Helmholtza. Co jednak daje powód do powstawania wzroku krótkiego, jest pytaniem do dnia dzisiejszego jeszcze nierozstrzygniętem stanowczo.

Twierdzenie starożytnych, że wzrok krótki wytwarza się u ludzi zajmujących się pracą w pobliżu, potwierdziły wyniki badań, dokonanych przez Cohna, Reussa i innych na tysiącach młodzieży szkolnej.

I dziedziczność obwiniano jako przyczynę powstania wzroku krótkiego (Donders, Erismann, Schmidt-Rimpler, Stilling, Jäger i inni), lecz to twierdzenie zbito na podstawie badań, wykazując, że u noworodków oko ma budowę nadmiarową (Ely, Horstmann).

Najwięcej zwolenników znalazła teorya Dondersa i Graefego, mianowicie, że przyczyna nadmiernego wydłużenia gałki ocznej jest zbytnia i ciągła konwergencya i akomodacya, której potrzeba przy pracy w pobliżu.

Konwergencya w ten sposób, że mięśnie proste wewnętrzne, kurcząc się, uciskają nadmiernie ściany gałki i zmuszają ją tym sposobem do wydłużenia się; akomodacya zaś dlatego, że zwiększając ucisk śródoczny, ciśnie tem samem na tylny biegun gałki oka. Ale i tutaj nie zbywało na przeciwnikach. Zarzucono tej teoryi, że najpodatniejszą częścią ścian oka nie jest tylny biegun, lecz blaszka sitkowata i nerw wzrokowy, że zatem powstaćby musiała przedewszystkiem ekskawacya, a po drugie, że mimo ciągłego akomodowania i konwergowania wzrok nadmiarowy nie przeistacza się w krótki.

Stilling zmodyfikował teoryę Graefego i Dondersa, twierdząc, że nie mięsień prosty wewnętrzny, ale skośny górny jest właśnie tym mięśniem, który swym uciskiem oko wydłuża; to zaś następuje wtedy, gdy oczodół jest niski. Krótkowidzenie byłoby zatem następstwem budowy czaszki a więc właściwością rasową, tem samem wrodzoną, cała zaś higiena oczu pozbawiona podstawy. Jednakże ani Cohn, ani Schmidt-Rimpler, którzy tak samo jak Stilling robili pomiary oczodołu i zbadali stósunek jego wymiarów do rodzaju refrakcyi, nie doszli do tych wyników jak Stilling a nie znajdywali mianowicie nigdy żadnej różnicy w budowie oczodołów, gdy jedno oko było nadmiarowe a drugie krótkowidzące, jakby tego teorya Stillinga wymagała. Wreszcie Hassner twierdził na podstawie swoich pomiarów, że zbyt krótki nerw wzrokowy naciąga twardówkę w tylnym biegunie gałki i tym sposobem daje powód do powstania krótkowidzenia. Ale ani Schneller, ani Stilling, sprawdzając wyniki tych pomiarów, przyklasnąć nie mogli tej teoryi, nie znalazłszy wybitnych różnic w długości nerwu wzrokowego.

Ascher, opuściwszy drogę obserwacyi, wziął się do doświadczeń na zwierzętach. W tym celu przeszywał mięsień prosty dolny i wewnętrzny ku przodowi u królików mających 3—5 tygodni, których oczy okazywały nadmiarową budowę = 1 dyoptryi, aby w ten sposób wywołać podobną zbieżność osi ocznych, w jakiej znajdują się oczy uczącej się (zatem dorastającej) młodzieży; w drugim szeregu doświadczeń zapuszczał do jednego oka takich młodych królików ustawicznie ezerynę, wywołując ciągły skurcz akomodacyi, wreszcie w trzeciej seryi królików nietylko przemieszczał mięśnie ku przodowi, ale zarazem zapuszczał i ezerynę. Doświadczenie trwało zawsze dopóty, dopóki zwierzę zupełnie nie wyrosło, zatem mniej więcej do 4 miesięcy. Dla kontroli pozostawiał oko drugie u każdego królika nietknięte.

Badanie, po śmierci królików uskutecznione, nie wykazało ani wydłużenia osi ocznych, ani garbiaka tylnego, ani ścieńczenia twardówki. Oko nie różniło się niczem od oka drugiego prawidłowego. Doświadczenia te przemawiałyby zatem przeciw teoryi obwiniającej akomodacyę i konwergencyę o wywoływanie krótkowidzenia. (*Deutschmann's Beiträge zur Augenheilkunde.* XVI. 1894. Listop.). *Dr. Brudzewski.*

Chirurgia.

Prof. Bloch (z Kopenhagi). **O neuralgicznej postaci zapalenia kości (Gosselin).**

Zdarza się nieraz, że pomimo, że istnieją wszystkie dane kliniczne, wskazujące na obecność ropnia kostnego, chirurg w czasie operacyi nie znajduje nie tylko ropy, ale w ogóle żadnego patologicznego zagłębienia w kości; operacya pomimo to usuwa wszystkie objawy choroby.

Prof. Gosselin dla wyjaśnienia tej zagadki podzielił należące tu przypadki na trzy kategorye: 1) ropni kostnych rzeczywistych, 2) wrzekomych ropni, 3) zapaleń kostnych neuralgicznych; pod tę ostatnią kategoryę podprowadza przypadki, gdzie operacya zagłębienia patologicznego w kości nie wykazuje. Przypadki te Gosselin objaśnia przerostem kości *(osteitis condensans)*, która ma uciskać gałązki nerwów.

Przeciwko zdaniu Gosselina pierwszy powstał M. Heydenreich z Nancy. Zwrócił on uwagę, że prócz tożsamości objawów opisana przez Gosselina postać ma tę samą lokalizacyę, co i ropnie kostne, spotyka się u osób tegoż samego wieku i miewa w wywiadach równie, jak i ropnie, poprzedzające zapalenie kości. Dalej M. Heydenreich wie o sześciu takich przypadkach, gdzie chirurgowie rozpoznali zapalenie kości neuralgiczne Gosselina, ponieważ nie znaleźli w kości ropnia, pomimo istnienia jego objawów; w przypadkach tych jednak autopsya wykazała obecność ropnia. Opierając się na tem wnosi Heydenreich, że zapalenie kości neuralgiczne Gosselina nie istnieje. Bloch uważa zdanie Heydenreicha za nieusprawiedliwione: Bloch na 19-cie przypadków, gdzie rozpoznał ropień w kości, spotkał je cztery razy. Etyologię tej sprawy, podaną przez Gosselina, równie jak i przyjętą przez niego nazwę, uważa Bloch za fałszywą, chociażby z tego powodu, że często nie bywa tu przerostu kości. Bloch jest zdania, że zapalenie kości, opisane przez Gosselina jako neuralgiczne, jest jedną z postaci zakaźnego zapalenia szpiku kostnego; dowodzi tego w następujący sposób.

Objawy kliniczne ropni kostnych i opisanej przez Gosselina postaci są takież same. Etyologia obydwóch tych spraw jest również taka sama: poprzedza je zwykle zapalenie szpiku kostnego zakaźne, ostre; stwierdzają to wszystkie przypadki, obserwowane przez Blocha, również, jak i szczegóły, podane przez Heydenreicha; obydwom tym chorobom podlegają osoby młode, których kościec nie jest jeszcze ostatecznie ukształtowany, również w obydwóch przypadkach sadowi się sprawa w jednej z kości długich w pobliżu chrząstki nasadowej. Wobec tego powstaje przypuszczenie, że i patogeneza jest tu wspólna i odpowiada patogenezie zapalenia szpiku kostnego. Rzeczywiście z ogólnej liczby 15-tu operowanych przez siebie ropni kostnych wykazał Bloch w jedenastu obecność *staphylococcus pyogenes* (w części *aureus*, w części *albus*). Jako rzecz bardzo ważną, zwraca on uwagę, że mikroby te znajdowały się nietylko w treści jamy kostnej, ale w 8-iu przypadkach i w otaczającej tkance kostnej, która przy badaniu okiem nieuzbrojonem zdawała się jedynie trochę przekrwioną. Dalej w dwóch z czterech operowanych przez siebie przypadkach zapalenia kości neuralgicznego Gosselina Bloch, po wprowadzeniu kawałków przekrwionej tkanki kostnej do agaru i żelatyny, otrzymał również hodowle *staphylococcus pyogenes* (w części *aureus*, w części *albus*). Wobec tego, obydwie porównywane tu sprawy uważa autor za identyczne, wywołane przez zakaźne zapalenie szpiku kostnego i różniące się

jedynie siłą infekcyi. Potwierdza to okoliczność, że zapalenie szpiku kostnego, poprzedzające ropień kostny, ma zwykle przebieg ostry; takież zaś zapalenie, poprzedzające opisaną przez Gosselina postać przebiega podostro lub chronicznie. Ścisły związek podostrego zapalenia kości z tą sprawą chorobową stwierdził Bloch w przypadku, gdzie u 14-to letniego chłopca a w 5-tym tygodniu podostrego zapalenia szpiku kostnego krętarza wielkiego powstały objawy ropnia kostnego; operacya wszakże wykazała jedynie przekrwienie tkanki kostnej, w której następne badanie wykryło gronkowiec złocisty i biały. *(Revue de Chirurgie Nr. 8. Août. 1894).*

A. Majewski.

Zapiski terapeutyczne.

15. O. Soltmann: Leczenie błonicy surowicą swoista (ze szpitala dla dzieci w Lipsku). Tylko zmuszony okolicznościami a niechętnie podaje autor do wiadomości ogółu swe spostrzeżenia, nie spodziewając się z dotychczasowych doświadczeń terapeutycznych ani swoich ani i cudzych rzetelnego sądu o leczniczej wartości surowicy swoistej w błonicy.

Autor używał wyłącznie przetworu Behringa i to tylko nru pierwszego i drugiego z fabryki w Hoechst.

Do wymagania Behringa, ażeby surowicą swoista leczyć błonicę zaraz z samego początku, t. j. w pierwszych trzech dniach, gdyż tylko wtedy można się spodziewać na pewno pomyślnego całkiem skutku, autor nie mógł się zastósować uważając je za proste *pium desiderium* raz, ponieważ najczęściej nie można na pewno oznaczyć początku choroby a następnie, ponieważ do szpitala dostają się dzieci z błonicą zazwyczaj w późniejszym o wiele okresie choroby, nieraz w stanie bez żadnej nadziei lub nawet już umierające. Nie można i o tem zapominać, że przypadki do ścisłych doświadczeń przeznaczone trzeba dokładnie badać bakteryologicznie, ażeby z nich wybierać do leczenia surowicą tylko te, w których obecność laseczników Loefflerowskiego dowodzi na pewne prawdziwej błonicy, Behring bowiem oświadcza wyraźnie, iż surowica jego nie wpływa ani na błonicę w przebiegu płonicy ani na zapalenia gardła do błonicy tylko podobne.

Z cyfr przez autora podanych wypada, iż od 1. Kwietnia do 31. Grudnia r. z. leczono w lipskim szpitalu dla dzieci z prawdziwa błonicą 193 osób, z których umarło 50 czyli 27%. W pierwszych czterech miesiącach, w których nie używano surowicy swoistej, leczono 71 dzieci, z których umarło 28 czyli 39·8%. W ostatnich pięciu miesiącach roku leczono 122 dzieci, przeważnie surowicą, z których zmarło 22 czyli 18% a mianowicie umarło z przypadków leczonych innymi środkami, nie zaś surowica 27.2%, z leczonych zaś surowicą Behringa tylko 14 6%. Różnica przeto znaczna i wybitna.

Liczb tych wszakże nie można kłaść wyłącznie na karb surowicy, ponieważ charakter epidemii w Lipsku był w pierwszych czterech miesiącach o wiele złośliwszy niż w następnych pięciu, za czem przemawiają także cyfry śmiertelności w pierwszych trzech miesiącach (60%, 26% i 38%). Dopiero od Listopada stała się epidemia błonicy znów złośliwszą tak, iż śmiertelność w poprzedzających miesiącach 7% i 10% doszła w Listopadzie do 18 5% a w Grudniu nawet do 35·9% mimo, iż prawie wszystkie przypadki leczono surowica. Częściowo to znaczne powiększenie się śmiertelności pochodzi z wystąpienia epidemicznie płonicy i mięszanych form błonicy.

Dlatego wśród takich stósunków autor liczbom statystycznym nie przypisuje wielkiej ważności, lecz radzi wobec nieznajomości sposobu działania surowicy baczyć, jak choroba przebiega pod wpływem tego środka.

W publikacyach dotychczasowych zwracano przeważnie uwagę nawet z pewnym naciskiem, iż pod działaniem surowicy swoistej oddzielają się rychlej błony wrzekome z nosa, gardła i krtani i również rychlej ustępują objawy nieżytu oskrzelowego. Jakoż autor widział to w 28 przypadkach swoich na 89, ale każdy praktyk wie, iż toż samo dzieje się i bez użycia surowicy. Najczęściej wszakże tak nie bywa. Z drugiej jednak strony widział autor wbrew spostrzeżeniom innych, że w przypadkach leczonych surowicą dławiec błoniczy *(croup diphthericus)* schodził do najdrobniejszych oskrzeli a nawet wywoływał ogniska zapalne w płucach. Ta zmiana tęgich, nie wykrztuszonych błon wrzekomych w masę płynną, papkowatą lub mleczną po użyciu surowicy cechowała się na zwłokach już zewnętrznie właściwym rysunkiem jako zapalenie płuc aspiracyjne, podobnie, jak to autor widział w przypadkach błonicy leczonych pilokarpiną.

Drugą okolicznością, która odnoszono do pomyślnego działania surowicy, był nagły po wstrzyknięciu surowicy spadek temperatury, który widział autor w ciężkich i lekkich przypadkach 18 razy na 89. Ale i ten spadek widział autor w przypadkach nieleczonych surowicą, co prawda wszakże, tylko w przypadkach błonicy czystej gardła lub gardła i nosa. Spadek ten jednak temperatury nie był zwykle stały, lecz temperatura nieraz znów się podnosiła a potem dopiero opadała zwolna w ciągu 6 do 14 dni.

Pomyślny wpływ na tętno widział autor tylko w pięciu przypadkach; w innych puls pozostał prędkim, często drobnym i nieregularnym, w czterech zaś przypadkach przyszło nawet po wstrzyknięciu niespodziewanie do śmiertelnego zapadu. Nie można przeto mówić o podniecaniu czynności serca za pomocą surowicy.

Białkomocz dosyć znaczny i utrzymujący się przez kilka dni pojawił się w 26 przypadkach, w 19 zaraz po wstrzyknięciu surowicy. Osutki w postaci pokrzywki, zwykle rozpoczynającej się od miejsca wstrzyknięcia lub w postaci rumienia więcej lub mniej rozpostartego przebiegały zawsze pomyślnie. Porażenia pobłonicze (nie rachując lekkich porażeń podniebienia miękkiego) widział autor pięć razy, z nich cztery rozległe i ciężkie w przypadkach leczonych surowicą.

Nawroty choroby pojawiły się trzy razy a w jednym przypadku wystąpiła błonica, lubo lekka u dziecka przed trzema tygodniami surowicą uodpornionego.

Wbrew twierdzeniu Behringa nastąpiła śmierć w 13-tu przypadkach, leczonych surowicą w czterech pierwszych dniach choroby, o ile jej początek oznaczyć można; naodwrót kończyły się pomyślnie przypadki leczone surowicą w 6., 8. a może nawet i w 10. dniu choroby.

Szkodliwych skutków ubocznych, któreby na pewno odnieść można do surowicy, autor nie widział, ostatecznego wszakże zdania w tej mierze teraz jeszcze wyrzec nie można. To jednak tylko oświadcza autor, iż tak znacznych i właściwych zwyrodnień serca, nerek i wątroby nie widział autor nigdy dawniej, jak teraz po użyciu surowicy.

Wobec tego wszystkiego nie można obecnie wydać stanowczego orzeczenia o skuteczności i wartości leczniczej surowicy, tem bardziej, iż liczba spostrzeżeń klinicznych jest za mała a czas obserwacyi za krótki. Każdy przypadek z osobna, każda epidemia, każda miejscowość mają tyle odrębnych właściwości, iż tylko badanie zbiorowe na wielki rozmiar w rozmaitych miejscach, w różnych epidemiach i w różnych czasach mogą mieć w tej mierze znaczenie. Ale to wszystko nawet jeszcze nie wystarczy, jeżeli się nie pozna sposobu działania surowicy swoistej a mianowicie, dopóki całe działanie tych hipotetycznych zresztą antytoksyn nie przestanie być tylko przypuszczeniem. I fizyologowie, którzy w tej sprawie jeszcze nie zabrali głosu, mają tu także coś do powiedzenia. Nawet samą sprawę odmierzania dawki trzeba jakoś uporządkować, nie wydaje się bowiem autorowi rzeczą właściwą, by miary na świńce morskiej uzyskane przenosić przez prostą rachubę na wagę w jednostkach immunizacyjnych na człowieka!

Również trzeba zmienić i wyrabianie surowicy, to jest usunąć z niej to, co nie jest obojętnem a do rzeczy przecież nie należy. Surowica bowiem Behringa, jak znajduje się w handlu, zawiera 0·5% czyli w dawce 10-gramowej, zwykle używanej 0·05 karbolu a w 20 gramach 0·10, to jest największą ilość dozwoloną dla użycia wewnętrznego u czło-

wieka dorosłego. Wiadomo, jak dzieci a mianowicie dzieci w wieku najczęściej przychodzącym do leczenia na błonicę, są wrażliwe na kwas karbolowy i jak w ogóle obserwowano już otrucie, po użyciu wewnętrznem lub zewnętrznem, nawet małemi ilościami tego środka. Pytanie przeto, czy owe zmiany po wstrzyknięciu surowicy w tętnie i temperaturze a nawet białkomocz nie są skutkiem działania kwasu karbolowego. Autor nie twierdzi bynajmniej, że tak jest, ale przypomina zarazem, że kwas karbolowy już dawno zalecano w błonicy wewnętrznie i zewnętrznie i chwalono sobie jego działanie. Kwas karbolowy trzeba przeto usunąć z surowicy leczniczej.

Nie można w końcu zapominać, że błonica wywołana u zwierząt przez wstrzykiwanie podskórne, nie jest tem samem, co błonica u człowieka powstała przez zarażenie się, że mimo całego znaczenia laseczników Loefflerowskiego dla błonicy u człowieka powstaje błonica skutkiem połączonego działania kilku mikrobów i dlatego, gdyby nawet surowica lecznicza była tak skuteczna, jak podają, nie obejdzie się w błonicy bez leczenia miejscowego. To połączenie leczenia miejscowego z ogólnem może się okazać skuteczniejszem od wszystkich sposobów dotychczas używanych.

W każdym razie trzeba robić dalsze doświadczenia z surowicą, ale pamiętać, iż orzeczenie ostateczne o jej wartości leczniczej nie opiera się tylko na postrzeżeniach klinicznych i doświadczeniach na zwierzętach, ale musi polegać także i na pracach w zakładach fizyologicznych, farmakologicznych i patologicznych. *(Deutsche med. Wochenschrift* 24. Stycznia 1895).

16. G. Gradenigo (w Turynie): Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego. Zasada, której trzyma się autor w leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego, polega z jednej strony na zachowaniu ścisłej aseptyki, z drugiej na unikaniu takich manipulacyj, jak wdmuchiwanie leków, skrupulatne czyszczenie ucha watą, przedmuchiwanie i t. d., które drażnią ucho chore i popierają mechanicznie rozsiewanie się zarodków zakaźnych.

W przypadkach bardzo świeżych, gdy bóle trwają dopiero od kilku godzin, błona bębenkowa jest zaczerwieniona tylko u góry a bystrość słuchu znacznie jeszcze nie osłabła, próbuje autor chorobę przeciąć i w tym celu zaleca choremu pozostać w domu, nawet w łóżku, ogranicza mu stósownie dyetę, daje płukania do gardła a do przewodu słuchowego zewnętrznego zaleca wpuszczać po kilka kropel roztworu oczywiście ogrzanego:

Rp.	*Acidi carbolici glacialis (neigeux)*	*0·75—1·00*
	Natrii chlorati	*4·00*
	Aquae destil. coctae	*50·00*
	MDS. Zewnętrznie.	

Roztwór ten działa antyseptycznie a zarazem koi ból; dodatek chlorku sodu przeszkadza zmacerowaniu przyskórka przewodu słuchowego zewnętrznego i błony bębenkowej.

Obok tego mogą chorzy, mający już w tej mierze wprawę, przepłukiwać sobie nozdrza wodą nieco słoną, przedtem przegotowaną.

To proste leczenie wystarcza bardzo często do przerwania choroby.

Jeżeli przeciwnie bóle utrzymują się a badanie przedmiotowe wykazuje ropę w uchu środkowem, trzeba jak najrychlej przekłuć błonę bębenkową. Przed tym rękoczynem należy naprzód przepłukać przewód słuchowy zewnętrzny 1$^0/_{00}$ roztworem sublimatu, następnie w celu znieczulenia miejscowego zapuścić kilka kropel 10% roztworu kokainy, zawierającego 1% kwasu karbolowego a potem naciąć błonę bębenkową w odcinku tylnym dolnym. Bez względu, czy ropa wystąpi z otworu czy nie, należy się wstrzymać od wszelkich manipulacyj, mających na celu przyśpieszenie wydalenia wypociny, które tylko drażnią ucho środkowe. Jeżeli ropa nie pokaże się wcale, to i tak paracenteza błony bębenkowej przyda się do złagodzenia bólów, otwór zaś zagoi się po 24 godzinach. Jeżeli zaś ropa pokaże się, będzie mieć swobodny odpływ na zewnątrz przez otwór, który w razie potrzeby można rozszerzyć przez cięcie poziome, schodzące się z końcem dolnym pierwszego, oczywiście po zapuszczeniu przedtem wymienionego roztworu kokainy.

Po paracentezie autor wstrzymuje się od zapuszczania do ucha jakichkolwiek płynów antyseptycznych, by zapobiedz zbyt wczesnemu zamknięciu się otworu błony bębenkowej, gdy jeszcze trwa ropienie w uchu środkowem.

Ażeby być pewnym tego odpływu ropy, t. j. uniknąć zbyt rychłego zagojenia się sztucznego otworu, należy małym pęczkiem waty, osadzonym na pręciku usunąć ropę i krew z przewodu słuchowego, bacząc starannie, by przytem nie dotknąć się błony bębenkowej, a potem założyć wąski pasek gazy jodoformowej, wprowadzonej do przewodu słuchowego.

Tylko w razie, jeżeli ropy wylewa się dużo, wolno przewód słuchowy przepłukać bardzo delikatnie letnim roztworem sublimatu 0·10$^0/_{00}$ a następnie założyć gazę jodoformową.

Taki pasek gazy jodoformowej z jednej strony wsysa ropę, z drugiej zapobiega jej rozkładaniu się.

Wystający na zewnątrz koniec gazy jodoformowej przytwierdza się kilkoma warstwami tejże samej gazy. Opatrzenie to zmienia się w miarę potrzeby a w końcu wymienia je na prosty pęczek bawełny, który można przytwierdzić kolodyonem do małżowiny.

Jeżeliby się bóle utrzymywały i zaczęły pojawiać znaki zajęcia wyrostka sutkowego, można użyć kilku pijawek.

Jeżeli po 3 lub 4 tygodniach ropienie nie ustaje, należy przed każdą zmianą opatrzenia użyć miejscowo kąpieli letnich przez 15 do 20 minutach codziennie z 0·10$^0/_{00}$ roztworu sublimatu. Oczywiście należy przedtem przekonać się wziernikiem, że otwór w błonie bębenkowej jest dostatecznie wielki. *(La semaine médicale* 23. Stycznia 1895).

IV. Zdanie sprawy z I. kongresu internistów francuskich w Lugdunie.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Strony towarzyskiej I. kongresu internistów francuskich nie mogę nazwać świetną. Lugduńczycy mają we Francyi wyrobioną opinię, jako ludzie chłodni i sztywni, zwłaszcza w przeciwieństwie do Paryżan; to też atmosfera, jaka panowała na dwu zebraniach towarzyskich, jakie się podczas kongresu odbyły, nie należała do rzędu najcieplejszych. Pierwsze z tych zebrań, o charakterze zupełnie prywatnym, był to *Punch*, wydany w jednej z większych kawiarni lugduńskich przez komitet organizacyjny wieczorem pierwszego dnia kongresu. Zebranie to trwało niespełna 1½ godziny a brakowało na niem bardzo wielu uczestników, którzy na posiedzeniach kongresu tego dnia byli obecni. Drugie zebranie nosiło charakter zupełnie urzędowy. Prawie jednocześnie z I. kongresem internistów francuskich odbywał się w Lugdunie kongres profesorów wyższych zakładów naukowych *(Congrès de l'enseignement supérieur)*, który ściągnął do tego miasta bardzo wielu profesorów wyższych zakładów naukowych oraz przedstawicieli ministeryum oświaty. Prof. Gailleton, burmistrz miasta Lugdunu, przyjmował w starożytnym ratuszu uczestników obydwu kongresów. Kilkanaście pięknych sal, których ściany pokrywają stare portrety, herby burmistrzów lugduńskich oraz liczne malowidła, przedstawiające rozmaite chwile z dziejów miasta, roiły się przez kilka godzin przy wspaniałem oświetleniu oraz dźwiękach miejskiej

orkiestry więcej i mniej udekorowanemi postaciami męskiemi oraz pokaźną liczbą pań w toaletach balowych.

Z wybitniejszych osobistości byli obecnymi na przyjęciu u burmistrza lugduńskiego: Liart, dyrektor wyższych zakładów naukowych (*Directeur de l'enseignement supérieur*), członek ministeryum oświaty, przewodniczący zjazdowi profesorów wyższych zakładów naukowych, członkowie Akademii francuskiej Brunetière i Boissier, Charles, rektor akademii lugduńskiej, Dufour, rektor Akademii lozańskiej (Lausanne), Perroud, rektor Akademii tuluskiej (Toulouse), Chautre, profesor wszechnicy genewskiej i wielu innych. W sali Henryka IV. urządzono bufet, w t. z. zaś sali białej odbył się około północy doskonały koncert wokalny, w którym popisywały się pierwszorzędne siły miejscowej opery.

Nazajutrz t. j. w niedzielę, dnia 28. Października o g. 9. rano rozpoczęła się uroczystość odsłonięcia pomnika Klaudyusza Bernarda, wystawionego na skwerze przed głównym frontem gmachu fakultetu lekarskiego. Uroczystość ta zgromadziła tego dnia bardzo wielu przedstawicieli rozmaitych zakładów naukowych oraz młodzieży akademickiej z różnych stron. W celu uczczenia pamięci wielkiego fizyologa przybyli na tę uroczystość: Liart, Bertrand, sekretarz stały Akademii francuskiej, Boissier, Brunnetiere, Chauveau, lord Reay, delegowany uniwersytetu gryfijskiego (Greifswald), prawie wszyscy profesorowie uniwersytetu lugduńskiego, Bayet, rektor Akademii w Lille, Viry, zastępca dyrektora wojskowej szkoły lekarskiej, Coconnier, rektor Akademii fryburskiej, van Hamel, delegowany uniwersytetu getyńskiego (Goettingen), Dufour, rektor uniwersytetu lozańskiego (Lausanne), Forster, delegowany z uniwersytetu w Bonn i wiele innych wybitnych osobistości, jakoto wyższych urzędników państwowych, dygnitarzy wojskowych, przedstawicieli świata handlowego, artystycznego, wreszcie przedstawiciele szwajcarskich stowarzyszeń akademickich i elegancka publiczność lugduńska. Rektorzy uniwersytetów wystąpili we wspaniałych średniowiecznych strojach, dygnitarze zaś państwowi i przedstawiciele armii w mundurach błyszczących od haftów i orderów. Gdy zebrani zasiedli na wielkiej w tym celu zbudowanej trybunie, wybitej czerwonym aksamitem ze złoconemi dekoracyami, całość przedstawiała się nadzwyczaj malowniczo. Pierwszy przemawiał prof. Lortet, dziekan wydziału lekarskiego, jako prezes komitetu budowy pomnika. Gdy zasłona spadła, ukazała się widzom postać wielkiego fizyologa w stroju laboratoryjnym, t. j. w fartuchu; w jednem ręku trzyma on rozpiętą na deszczułce żabę, w drugiem zaś skalpel. Wyraz twarzy ma być doskonale pochwycony, jak twierdzą ci, którzy osobiście znali Klaudyusza Bernarda. Pomnik ten został wykonanym przez Auberta; jako dzieło sztuki nie stoi on wyżej od pomnika, jaki wystawiono wielkiemu fizyologowi w Paryżu, w pobliżu Sorbonny, na skwerze przed College de France. Po wstępnej przemowie Lorteta zabrał głos delegowany Akademii francuskiej, Brunetière i miał znakomitą mowę, często przerywaną zupełnie zasłużonemi oklaskami. Mowa ta była zarówno pod względem treści jako też i formy tak świetną, że jakkolwiek trwała ona blisko godzinę, słuchano jej do końca z najwyższem zajęciem i zainteresowaniem się, a wrażenie, jakie na słuchaczach zrobiła, było niezmiernie silnem. Jest nadzwyczaj trudno przetłómaczyć taką mowę a cóż dopiero streścić ją w innym języku!

To też nie kusząc się bynajmniej podać czytelnikom *Przeglądu lekarskiego* mowę Brunetiera w dokładnem streszczeniu, na podstawie którego możnaby sobie wyrobić zdanie o jej wartości, ograniczę się do podania w kilku wierszach głównych myśli, stanowiących tło, na którem wymowny akademik osnuł swą przemowę. Zastrzegłszy się, że nie czuje się powołanym do publicznego ocenienia zasług Klaudyusza Bernarda jako fizyologa, zwłaszcza wobec tego, że Józef Bertrand przybył na uroczystość i przyjmuje w niej udział, Brunetiere poświęcił pierwszą część swej mowy stronie literackiej dzieł wielkiego fizyologa, czyli jego sztuce pisania. Wręcz przeciwnie temu, jak to czyni wielu współczesnych sławnych pisarzy, którzy znane i do pewnego stopnia przez społeczeństwo już przeczute myśli oblekają w formę nową, oryginalną, Klaudyusz Bernard, który zasadniczo zreorganizował, niejako stworzył naukę, jaką uprawiał, przedstawiał swe odkrycia, fakty nowe i nieznane w taki sposób, że stawały się one dla wszystkich zrozumiałemi. Nie tworząc specyalnych wyrażeń technicznych, niezrozumiałych dla ogółu, Klaudyusz Bernard posługując się jedynie powszechnie zrozumiałem słownictwem, umiał ze znanych wyrazów niejako wydobyć ich ukryte znaczenie, które nie potrzebowało komentarzy dzięki talentowi jasnego przedstawienia rzeczy, jaki Kl. Bernard posiadał w najwyższym stopniu. Nie można powiedzieć, by przez to B. spopularyzował fizyologię; ale natomiast sprawił, że stała się ona dla każdego cywilizowanego człowieka nauką dostępną i że obecnie nie wolno jest człowiekowi inteligentnemu nie znać przynajmniej ogólnych zagadnień z dziedziny nauki o życiu.

W drugiej części przemowy oceniał Brunetière w Klaudyuszu Bernardzie myśliciela i filozofa. W czasie, w którym ukazał się jego Wstęp do medycyny doświadczalnej, panowały jeszcze powszechnie w nauce zasady Lockego i Bacona. B. dokonał zasadniczego przewrotu, zmieniając niejako samą koncepcyę nauki. Sam fakt, według B., nie ma żadnego znaczenia; wartość jego jest zależną od idei, będącej z nim w związku, oraz od myśli, jakie nastręcza. Gdy zastanawiamy się nad jakiemś nowem odkryciem, to właściwe odkrycie stanowi nie nowo stwierdzony fakt, lecz nowe myśli, które z niego wypływają; a jeśli ono czegoś dowodzi, to sprawia ta nie sam fakt, lecz związek pomiędzy danem zjawiskiem a jego przyczyną, jaki z tego faktu wynika. Następnie mówił Brunetere o ścisłym związku nauki z filozofią, którego doniosłość tak silnie odczuwał Kl. Bernard, i o jego zasługach, położonych w tym względzie. Wielki fizyolog analizował zjawiska psychologiczne ze stanowiska przyrodniczego, fizyologicznego; ztąd wzięła początek cała nowa nauka, psychofizyologia. Klaudyusz Bernard był wielkim uczonym, doskonałym eksperymentatorem i znakomitym literatem; przedewszystkiem zaś był on mistrzem w sztuce myślenia, był to mistrz inteligencyi.

Następnie przemawiał w imieniu Akademii francuskiej Chauveau, oceniając zasługi, jakie Kl. Bernard położył w nauce, specyalnie zaś w nauce francuskiej, oraz zwracając uwagę na wiele pięknych stron charakteru Klaudyusza Bernarda. Potem przemawiali: Koelch, dyrektor szkoły zdrowia (*Ecole de Santé*), prof. Morat w imieniu fakultetu lugduńskiego, prof. Dastre w imieniu fakultetu paryskiego, profesor fizyologii uniwersytetu lugduńskiego Dubois, wreszcie prof. Laborde z Paryża. Uroczystość zakończono wręczeniem twórcy

pomnika, artyście rzeźbiarzowi Aubertowi odznaki oficera Akademii.

Do uprzyjemnienia pobytu uczestnikom zjazdu przyczyniła się w niemałym stopniu urządzona w r. b. w Lugdunie francuska wystawa kolonialna. Przedstawiciele Algieru, Tunisu, Konga, Dahomeju, Gwadelupy i wiele innych kolonij francuskich, zostali sprowadzeni całemi wsiami lub osadami. W obszernym parku miejskim roztarasowali się oni po swojemu, dając w ten sposób widzom dokładny obraz domowego życia i zwyczajów ojczystych, w licznych zaś pawilonach były wystawione przedmioty, stanowiące podstawę francuskiego handlu kolonialnego, okazy sztuki niecywilizowanych narodów, ich wyroby oraz przedmioty ich użytku. Przy sposobności tej wystawy Lugdun wystąpił z wystawą miejscowych wyrobów, które umieszczono w wielkiej rotundzie, w tymże parku zbudowanej. Głównie był tam reprezentowany przemysł jedwabny, który stanowi jedną z głównych podstaw materyalnego bytu miasta oraz prowincyi. Sam Lugdun produkuje wyrobów jedwabnych rocznie za 400 milionów franków. Oprócz wyrobów jedwabnych były tam jednak reprezentowane i wszelkie inne gałęzie miejscowego przemysłu. Być może, zainteresuje czytelników *Przeglądu lekarskiego* jeden wystawca, mianujący się doktorem medycyny, który zapomocą sfigmografu zapisywał na żądanie za franka krzywe pulsu. Ściany jego pawilonu były zawieszone licznemi tablicami, przedstawiającemi rozmaite krzywe więcej i mniej patologicznego tętna, wykonane efektownie i zaopatrzone w napisy, co grozi człowiekowi o danem tętnie oraz jakie powinien prowadzić życie, by uniknąć wiszącej nad nim katastrofy. Szanowny Kolega miał powodzenie; masa osób, zwabiona chęcią przekonania się, azali życiu ich nie grozi niebezpieczeństwo, cisnęła się do jego pawilonu; frankówki sypały się a ludek cieszył się niezmiernie, gdy z konfrontacyi krzywych wynikało, że mu wino i absynt nie szkodzi i sprawdzał ten wynik doświadczalnie.

Zwiedzanie tej wystawy nie było objętem programem komitetu, zajmującego się i towarzyską stroną zjazdu; zwiedzano ją w chwilach wolnych od posiedzeń, bez przewodników, o których, mówiąc nawiasem, rzeczony komitet mógł był z łatwością się postarać.

Na tem kończę opis zewnętrznej strony zjazdu i jego organizacyi oraz przechodzę do krótkiego sprawozdania ze strony naukowej I. kongresu internistów francuskich.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 31. Stycznia 1895.

— Otrzymujemy następujące pismo:

VII. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się — jak zwykle — w drugiej połowie Lipca b. r. Po porozumieniu się z kol. Obalińskim postanowiliśmy pozostawić dawniejszy termin Zjazdu a dopiero na tegorocznym Zjeździe podać ew. wnioski o zmianę terminu pod dyskusyę.

Upraszam o rychłe przygotowanie i zapowiedzenie wykładów.

Prof. L. Rydygier,
przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

— W odbytych w dniu 23. b. m. wyborach w poznańskiem Towarzystwie Przyjaciół Nauk wybrani znakomitą większością głosów prof. Dr. Bolesław Wicherkiewicz wiceprezesem (ponownie) a Dr. Heliodor Święcicki redaktorem.

— *Przewodnik higieniczny*, organ Towarzystwa opieki zdrowia, założony w Krakowie przez profesora Dra Jordana, rozpoczął obecnie siódmy rocznik wydawnictwa, dążąc mozolnie a wytrwale do wytkniętego celu. Na liście współpracowników znajduje się spory szereg wybitnych nazwisk; redaktorem jest Dr. Paweł Radecki.

— Dr. Kazimierz Mosing we Lwowie otrzymał w uznaniu swego pożytecznego i humanitarnego działania tytuł radcy cesarskiego.

— W szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie otwarto temi dniami osobny oddział z 10 łóżkami do leczenia błonicy surowicą swoistą pod kierunkiem Dra Janowskiego, który tę metodę terapeutyczną przestudyował w zakładach zagranicznych.

— Dwudziesty czwarty kongres niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego odbędzie się w bieżącym roku w Berlinie od 17. do 20. Kwietnia. Przewodniczący prof. Gussenbauer zawiadamia w zaproszeniu, iż badanie zbiorowe w sprawie narkozy trwa dalej i prosi o nadsyłanie zebranego materyału na ręce prof. Gurlta.

— W Cesarstwie niemieckiem było w roku ubiegłym 3218 zakładów leczniczych mających razem 199561 łóżek.

— Towarzystwo lekarskie w Charleroi rozpisało konkurs na rozprawę na temat: Niewłaściwość ogłoszeń lekarzy w dziennikach politycznych ze względu na interes chorych i godność stanu lekarskiego.

— W sejmie dolno-austryackim pozwolił sobie poseł Dr. Lueger przy sposobności rozpraw nad podniesieniem taksy za leczenie w szpitalach publicznych różnych wycieczek przeciw stanowi lekarskiemu, obwiniając lekarzy o przyjmowanie prowizyi od aptekarzy i przedłużanie choroby w interesie wspólnym swoim i aptekarzy. Przeciw temu założyła Izba lekarska wiedeńska uroczysty protest i przesłała go marszałkowi sejmu dolno-austryackiego.

— Zwolennicy i wdzięczni pacyenci prof. Nothnagla w Wiedniu zebrali między sobą cichaczem 50.000 złr. i wręczyli je przy stósownej przemowie temuż profesorowi, wyrażając życzenie, by z kwoty tej powstała fundacya nosząca na wieczne czasy nazwisko prof. Nothnagla a przeznaczona na cel, jaki sam profesor oznaczy.

— Potrzeba lekarza do Nadarzyna w powiecie błońskim; mieszkańcy ofiarują mu 160 rubli rocznie.

— Ostatnie cztery zeszyty Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyę *Gazety lekarskiej* w Warszawie zawierają: 68. i 69. E. Biernacki: Afazya w świetle badań współczesnych. 70. H. Nussbaum: O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe. 71. F. Leguen: O chirurgicznem leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewny. 72. W. Janowski: Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* Nrze 4. W. Janowski: Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy Behringa oraz surowicy Rouxa. R. Jasiński i K. Orzeł: Nowa metoda attykoantrotomii. Przyczynek do chirurgii czaszki. J. Czajkowski: Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym (ciąg dalszy). F. Arnstein: O bezskuteczności chininy w zimnicy w przypadkach idyosynkrazyi do tego leku. W *Medycynie* Nrze 4. S. Sterling: Drobnoustroje peptonizujące w mleku krowiem. E. Rosenblatt: Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci.

— **Konkurs** na posadę lekarza miejskiego w Bełzie w powiecie sokalskim w Galicyi. Pensya roczna 500 złr. Posada nadaną będzie prowizorycznie na rok, poczem może być zmieniona na stałą. Praktyka dwuletnia w szpitalu nadaje pierwszeństwo. Podania do Magistratu w Bełzie do 1. Marca r. b.

Sprostowanie omyłki druku. W Nrze 3 na stronicy 43, szpalcie prawej, wierszu 18 od dołu po wyrazie odżywczy brakuje wyrazu **oddziaływa.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6-go Lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Rydygier przedstawi chorego z kliniki chirurgicznej, poczem odbędą się następujące odczyty: 1) Kol. Rościszewski: *Przyczynek do leczenia przykurczenia stawu barkowego;* 2) kol. prof. Gluziński: *O zmianach w nerwach obwodowych w przebiegu miażdżycy tętnic* (z demonstracyami).

We Środę dnia 6-go Lutego b. r. o godzinie 5-tej po południu odbędzie się w *Collegium novum* w sali Sniadeckich Zgromadzenie ogólne XIX-te wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na które Szanownych członków i prenumeratorów uprzejmie zaprasza

Przewodniczący **Prof. Dr. Korczyński.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

L. 106.
1895.

Z powodu braku odpowiednich kandydatów rozpisuje się niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Bohorodczanach.

Okręg sanitarny obejmuje 11 gmin z ludnością 22911. Płaca roczna 500 złr. (1000 koron). zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891. Nr. 17. dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskim potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego z przedłożeniem metryki urodzenia.
2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 20. Lutego 1895.

Bohorodczany dnia 17. Stycznia 1895.

Prezes:
67—3—2 *Józef Szeliński.*

KONKURS.

W mieście Strumieniu (pow. Bielsko, Szląsk austryacki), jest opróżniona posada lekarza miejskiego z płacą roczną 300 złr. Celem otrzymania subwencyj krajowej dla tegoż lekarza są już poczynione odpowiednie kroki. Należy nadto nadmienić, że okolica Strumienia liczy 14.000, a łącznie z najbliższą okolicą Prus przeszło 20.000 przdważnie zamożnych mieszkańców.

PP. kompetenci raczą wnieść podania najdalej do 15 go lutego b. r. do urzędu gminnego w Strumieniu.

Urząd gminny w Strumieniu.

Strumień, dnia 23 Styczuia 1895 r.

Przełożony gminy:
69—1—1 *Fridr. Skalla.*
